UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

SÂMYA DAYENE CARBONERA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SIMULAÇÃO NA PSIQUIATRIA OCUPACIONAL FORENSE BRASILEIRA - REVISÃO LITERÁRIA E PRÁTICA PROFISSIONAL

CURITIBA
2020

SÂMYA DAYENE CARBONERA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SIMULAÇÃO NA PSIQUIATRIA OCUPACIONAL FORENSE BRASILEIRA - REVISÃO LITERÁRIA E PRÁTICA PROFISSIONAL

Artigo apresentado à Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná (UFPR), como requisito parcial à conclusão do curso.

Orientador: prof. Guilherme A. Murta.

CURITIBA

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores, em especial ao professor Dr. Guilherme A. Murta, pois, ao me supervisionar durante o curso, teve paciência e compreensão comigo diante do momento difícil em que me encontrava.

E à secretária do curso Kátia Regina Panisson, pelos nossos *coffee breaks* durante os intervalos do mesmo e por ser tão querida com todos.

Muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CID - 10 - Classificação Internacional de Doenças – 10º edição

CEM – Código de Ética Médica

DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde - BIREME/ Medical Subject Headings - USA

DSM - 5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – 5º edição

EPI – Equipamento de Proteção Individual

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

NR – Normas Regulamentadoras

OMS – Organização Mundial de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TPAS – Transtorno de Personalidade Anti-Social

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

TABELA 1 – DIFERENÇA ENTRE SIMULAÇÃO E TRANSTORNOS FACTÍCIO E CONVERSIVO-DISSOCIATIVO.....21

EPÍGRAFE

“A simulação é fácil de definir, difícil de detectar e muito dispendiosa para qualquer sistema de saúde” (ZARKOWSKI, 2007 apud RODRIGUES, 2013, p.23)[1]

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO......10
1.1 Medicina do trabalho.....10
1.2 Aspectos gerais.....10
1.3 Simulação.....12
1.4 Objetivos.....15
1.4.1 Objetivo Geral.....15
1.4.2 Objetivos Específicos.....15
2 METODOLOGIA.....15
3 REVISÃO DA LITERATURA 16
3.1 Prevalência.....16
3.2 Etiologia.....16
3.3 Exame psiquiátrico.....17
3.4 Avaliação do estado mental.....17
3.5 Achados psicopatológicos em simuladores.....18
3.6 Diagnóstico diferencial de simulação.....18
3.7 Inconsistências durante as avaliações.....21
3.8 Tipos de simulação.....22
3.9 Outra classificação.....23
3.10 Modelos etiológicos de simulação.....23
3.11 Desconfiança médica.....24
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....24
5 CONCLUSÃO.....28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....29
OBRAS CONSULTADAS.....33

RESUMO

Simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos motivados por ganhos externos. Difere dos seus principais diagnósticos diferenciais, o transtorno factício, quando há a produção consciente e intencional dos sintomas, sem benefícios secundários, enquanto os transtornos conversivo-dissociativos (somatoformes), os sintomas são inconscientes e involuntários. Visa introduzir o leitor a uma breve visão geral da *simulação* dos transtornos mentais, seus principais tipos, classificações e diagnósticos diferenciais, assim como correlacionar a teoria com a prática profissional nas áreas da Psiquiatria, Psicologia e Medicina Ocupacional. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com a ajuda de descritores específicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, e de indexações no Pubmed, BVS, Scielo e Google Acadêmico nos últimos 30 anos (1990 – 2020). Por meio dos materiais selecionados, comprovou-se que, a cada ano, aumenta-se ainda mais o número de indivíduos que se utiliza da *simulação*, principalmente, nos âmbitos clínico, judiciário e previdenciário. Este estudo visa conscientizar o médico sobre o tema, além de adverti-lo quanto aos riscos e consequências do seu desconhecimento. Para isso, há a necessidade de uma rigorosa propedêutica médica para o diagnóstico diferencial. Sugere-se, então, o aprofundamento no tema e a melhora no quadro estatístico atual.

Palavras-chave: Simulação de doença. Simulação de sintoma. Transtornos somatoformes. Psicologia forense. Psiquiatria forense. Medicina legal.

ABSTRACT

Simulation is the intentional production of physical or psychological symptoms motivated by external gains. It differs from its main differential diagnoses, factitious disorder, when there is the conscious and intentional production of symptoms, without secondary benefits, whereas in conversion-dissociative disorders, the symptoms are unconscious and involuntary. Introduce the reader to a brief overview of the simulation of mental disorders, their main types, classifications and differential diagnoses, as well as to correlate theory with professional practice in the areas of Psychiatry, Psychology and Occupational Medicine. A systematic literature review was carried out with the help of specific descriptors from the Virtual Health Library (VHL) in Portuguese, English and Spanish, and indexing in Pubmed, VHL, Scielo and Google Scholar in the last 30 years (1990 - 2020). Through the selected materials, it was verified that, every year, the number of individuals using simulation is increasing even more, mainly in the clinical, judicial and social security areas. This study aims to make the physician aware of the topic, in addition to warning him about the risks and consequences of his ignorance. For this, there is a need for a rigorous medical procedure for the differential diagnosis. It is suggested, then, to deepen the theme and improve the current statistical framework.

Keywords: Malingering. Patient simulation. Somatoform disorders. Forensic psychology. Forensic psychiatry. Legal Medicine.

1 INTRODUÇÃO

A **Psiquiatria** é uma especialidade médica que estuda os transtornos psiquiátricos em diferentes âmbitos, como o **forense** e o **ocupacional**. Ambos têm o mesmo tipo de paciente e doença como focos, e fazem uso de um arsenal propedêutico para embasar o médico durante o seu diagnóstico e, a partir deste, realizar a sua conduta. A diferença é que o primeiro os associa à área jurídica e os esclarece para leigos, como juízes e peritos. O segundo se dedica mais a entender como eles surgem no ambiente de trabalho e a relação dos funcionários com os mesmos.[1]

As especialidades que mais lidam com a *simulação* são Direito Penal e Penintenciário; Previdência Social, Medicina Legal e **Psiquiatria Forense**[1], sendo que somente esta última será aqui mais detalhada.

1.1 Medicina do Trabalho

A **medicina do trabalho** é uma especialidade também médica, mas que tem como foco de atenção a relação de nexo causal com os acidentes de trabalho, isto é, tenta entender as causas e consequências que envolvem os acidentes dos trabalhadores durante o exercício profissional destes e os riscos ambientais, provavelmente, originados durante esse processo.

Relaciona-se, diretamente, às normas regulamentadoras (NRs) que as empresas devem ter como base caso queiram promover a saúde do seu trabalhador para que este cumpra a sua função com qualidade e longe dos perigos.[2]

Hoje em dia, as empresas se encontram mais conscientes quanto a isso. É o que se observa quando os empresários as procuram como forma de melhorar a qualidade de sua produção e o ambiente de sua empresa.[2]

1.2 Aspectos gerais

"Atire a primeira pedra quem nunca '*simulou.*'" Ao adaptar esse trecho da Bíblia (João 7:8)[3] para o presente e associando-o à afirmação de alguns pesquisadores de que a s*imulação* sempre estivera na vida dos seres vivos, poderia-se dizer que tanto os homo sapiens quanto os quadrupedes a utilizaram para a

sobrevivência em meio às intempéries da vida. É o que mostram Fernandes[4], Rodrigues et al[5] e Durão e Lucas[6] com registros históricos de fatos como esse e de tantos outros ocorridos na Grécia, Roma e nas Idades Média e Contemporânea até a atual conjuntura, em que o assunto do momento concentra-se no Corona vírus (Covid-19), onde os noticiários já registram casos de cidadãos fingindo estarem infectados com o vírus para, simplesmente, poderem ser atendidos mais rapidamente pelos médicos e suas equipes em postos de saúde, UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) ou hospitais abarrotados de pacientes que já os aguardam. Tentativas em vão, pois logo são repreendidos.[7]

Diante disso e em função dos últimos acontecimentos pandêmicos, observa-se que vem sendo comum o estresse laboral, a sobrecarga de trabalho de alguns funcionários, a demissão em massa de outros tantos, a recorrente falta do uso de EPIs (equipamentos de proteção individual), a piora no estado geral de saúde de alguns, a revolta de outros, e, por fim, uma imensa reviravolta na mente, na economia e no cotidiano da população em geral.[8]

Em 2017, Macedo[8] já mencionava razões ligadas a uma alta incidência de afastamentos em função de doenças incapacitantes e que agora poderiam se encaixar ao atual momento:

a) Baixa qualidade nos tratamentos do SUS;
b) Condições de saúde laboral pouco fiscalizadas pelo sistema trabalhista;
c) Descaso por parte de alguns trabalhadores.

Para o autor, esses trabalhadores, ao procurarem o INSS (Instituto Nacional de Seguro Social) em busca de um benefício por incapacidade, fazem-no por “má-fé”, mesmo estando com “total capacidade física e psicológica” (p.1)[8] para o trabalho, e assim complementa:

> As estatísticas demonstram que é alto o índice de condenação judicial da autarquia previdenciária para a concessão do benefício por incapacidade após a perícia médica judicial. Nesse caso, seria mais fácil aplicar uma presunção de má-fé para autarquia e não para o cidadão segregado da proteção Estatal. Ocorre que, em alguns casos, os bons (maioria) pagam pelos atos dos maus… (MACEDO, 2017, p. 01).[8]

E é, exatamente, sobre isso o que será falado aqui[8]: *simulação de "má-fé"*[1] e suas características, isto é, uma breve introdução ao mundo da Simulação dos Transtornos Mentais no âmbito da Psiquiatria Ocupacional Forense.

1.3 Simulação

O ser humano utiliza tanto a *simulação* que, sem perceber, a introduz em seu cotidiano como algo intrínseco de sua vida, conforme exemplifica Rodrigues[1] por meio das regras sociais de cordialidade e polidez; dos comportamentos virtuosos, como a modéstia; e dos caracteres mentiroso e hipócrita.

Dentre os vários tipos de *simulação*, há 2 tipos que chamam mais atenção e que o autor acima tenta mostrar: a **simulação inocente** e a **simulação "de má-fé"** (que, no decorrer no texto, será chamada apenas de **simulação**).

a) **Simulação inocente (benigna; white lie – "mentira branca"):** com significado "leve, sem maiores consequências, em que ambos os interlocutores" se encontram "cientes da sua utilização" (RODRIGUES, 2013, p. 11; MELEIRO, 2018) [1,9], sem más intenções.

Para Meleiro[9], este tipo de *simulação* visa chamar a atenção, evitar obrigações do dia-a-dia, mas sem receber ganhos materiais. O indivíduo tem noção plena do que faz. Portanto, consciente de suas ações na hora de "criar" sintomas leves (exs: gastralgia; cefaléias; tontura; cólicas menstruais; etc) para conseguir o que se deseja, sem prejudicar terceiros. É inocente como o próprio nome diz. Ocorre mais em crianças e adolescentes quando desejam faltar ou serem dispensadas da escola. Pode ser visto também em funcionários que, ao não quererem realizar certas atividades do seu trabalho, fingem sintomas do tipo mal estar, lombalgias, DORT/LER, etc. Outro exemplo é a mãe que deseja buscar o filho na escola e, não tendo ninguém para isso, recorre à simulação de sintomas para poder se ausentar de suas funções e, assim, conseguir pegar o seu filho.

"Em todas as situações, o fator comum é o 'fingir estar doente', com sintomas leves e passageiros. Não chegam a tomar medicação ou a buscar auxílio médico". (MELEIRO, 2018, p.614)[9]

b) **Simulação (“agir de má-fé”; malingering):** significa fingir uma doença com uma tendência natural para fazer o mal; fraude; falta de lealdade; comportamento de quem engana ou ilude outrem.[1]; ter más intenções.

Em outras palavras, ocorre quando visa, indevidamente, o ganho secundário patrimonial ou extrapatrimonial de outros, isto é, “a obter vantagem pessoal em detrimento ou prejuízo de terceiros”, “...esbarrando no ilícito, no direito alheio” (s/p)[10]

E será sobre este último tipo de simulação, o de “má-fé”, que o artigo se destinará.

Segundo os dicionários Houaiss[11] e Michaelis[12], *simulação* é uma palavra latina, mais precisamente um substantivo feminino singular, definida com diversos sinônimos, entre eles: mentir, imitar, insinuar, disfarçar, aparentar, fraudar, enganar, despistar, representar, e complementada por Taborda et al.[10] como a “diferença entre a vontade e a declaração, estabelecida por acordo entre as partes”, onde alguém, de alguma forma, sai perdendo.

Para Meleiro[9], a *simulação* é “consciente, intencional e amplamente exagerada de falsos sintomas para obter ganhos tangíveis, com discrepância entre a queixa e o quadro clínico”. (p.614)

Aquino[13] acredita que todos já “fingiram ou alegaram um sintoma ou enfermidade, quaisquer que sejam os motivos, para livrarem-se de um dever social, evitarem um compromisso ou para justificarem um fracasso”. (p.66)

Segundo Rodrigues[1], a *simulação* costuma ser utilizada como um artifício para se alcançar um bem maior, seja este nos âmbitos “clínico, emergencial, ocupacional, pericial, previdenciário, securitário ou em demandas judiciais” (p.7), podendo todos terminarem na criminalidade.

Oliveira (1997 *apud PAULIN*O, s/d)[14] afirma que, se houver simulação ou autolesão, o seu autor poderá ser chamado de criminoso e vir a ser processado, criminalmente, por *estelionato* em função da definição do inciso V, do parágrafo 2 do artigo 171, do Código Penal.

Em vista disso, o médico, ao desconhecer o tema e não tendo noção de seus atos, poderá ser considerado como cúmplice de uma fraude, como bem assevera Rodrigues[1]:

> Pois, em não o fazendo corresponde a compactuar com ela, comportamento conivente que adentra ao universo jurídico da fraude,

> pois a lei não permite a alegação do seu desconhecimento, levando a que o contrário aconteça e que o médico, a despeito de sua boa-fé, ser considerado como co-autor de uma fraude. (p.136)[1]

A Associação Americana de Psiquiatria - APA (2013 apud MARTINS, 2016)[15], em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais na 5ª edição, (DSM-V), ao compactuar com as definições dos autores supracitados, cita alguns exemplos de *simulação*[6], dos quais a autora complementa com a prática profissional:

a) Fogem ou se ausentam das aulas nas escolas ou faculdades;

b) Não cumprem com o serviço militar;

c) Evitam penalidades legais;

d) Recebem suborno;

e) Não comparecem ao trabalho ou saem dele no meio do expediente;

f) Vão aos médicos e tentam convencê-los de que precisam de atestados, laudos ou declarações médicas, pois acreditam que se encontram “doentes e/ou incapazes de trabalhar”[1];

g) Inventam mil e uma histórias para convencer os médicos a prescrevê-los receitas e a lhes dar amostras grátis de medicamentos, dos quais serão consumidos pelos seus familiares, vizinhos ou amigos, e não por eles[2];

h) Ficam elogiando ou presenteando os médicos com o objetivo de convencê-los a lhes dar o que tanto almejam[3].

A Organização Mundial de Saúde (2008 apud MARTINS, 2016)[15] afirma que a Classificação Internacional de Doenças (em sua 10º revisão – CID 10) só considera como *simulação* se houver ganho econômico – fato este que nem sempre ocorre ou se mostra perceptível.

Em outras palavras, poderia-se dizer que as “pessoas onde a demanda verse sobre estar doente, não reconhecem e não aceitam a sua capacidade, pois o êxito da demanda só é conseguido com a incapacidade” (OMS apud FERNANDES, 2009, s/p)[4]

---

[1] Grifo da autora

[2] Idem.

[3] Idem.

Afinal, como detectar e diferenciar os impostores dos demais pacientes psiquiátricos?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão literária sobre o diagnóstico diferencial de *simulação* em âmbito psiquiátrico-ocupacional-forense.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) caracterizar *simulação*, comparando-a com os principais transtornos mentais;
b) distinguir os impostores dos demais pacientes psiquiátricos;
c) correlacionar a teoria com a prática por meio de exemplos;
d) aprofundar-se no tema visando solucionar o quadro estatístico.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, BVS, Scielo e Google Acadêmico com a ajuda do DeCS/MeSH do BVS com os seguintes descritores (palavras-chave): “simulação de doenças”; “simulação de sintomas”; “malingering”; “transtorno factício”; “transtorno conversivo” e “transtorno dissociativo”.

Para a escolha dos artigos, levou-se em conta os seguintes **critérios de inclusão** (em ordem de relevância): pesquisas com acesso ao título, ao resumo, ao texto completo (*free open access*) e nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, durante os últimos 30 anos (janeiro de 1990 à agosto de 2020) de suas respectivas publicações.

Encontrou-se - tanto na internet quanto impresso - muito material (mais de 63 mil resultados dentre artigos, monografias, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso - TCC; capítulos de livros; etc.) acerca do tema “Simulação de doenças”, mas poucos foram relevantes e preencheram aos objetivos do estudo.

Portanto, somente 39 resultados serviram de base teórica para as leituras e revisões: 16 artigos, 10 capítulos de livros, 4 manuais (diretrizes), 1 dissertação de

mestrado, 1 monografia, 3 dicionários/glossários, 1 apresentação de congresso, 1 reportagem na web, 1 Código de Ética Médica e 1 bíblia. Destes, apenas 10 resultados foram os mais citados no decorrer do texto, dentre todo o material coletado.

A pesquisa ocorreu durante os períodos de março a agosto de 2020.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Prevalência

A simulação pode ser observada em crianças, jovens, adultos e idosos, de todas as faixas etárias, sem distinção de classes sociais, credo, raça ou cor de pele, mesmo aparentando “normalidade” aos olhos do outro.[13]

Taborda et al.[10] relata que os ambientes mais propícios à mentira são os que levam ao adoecimento, como os forenses (15,7%) e os não-forenses (7,4%).

Para Sadock[17] são as áreas militares (5%), as carcerárias e as litigantes (10-20%).

Em compensação, os autores Ebert, Leckman e Petrakis[18], e Alozai e McPherson[19] afirmam não haver uma prevalência específica em razão de ela ser subdiagnosticada e sofrer influência das condições sócio-econômicas.

3.2 Etiologia

Sadock[17] menciona que os transtornos psiquiátricos mais associados à simulação na infância são os transtornos de conduta e de ansiedade, enquanto na idade adulta, são os transtornos das personalidades antissocial (TPAS), borderline e narcisista.[20]

Corroborando com o autor supracitado, têm-se Alozai e McPherson[19], que complementam com o transtorno de personalidade histriônico.[20]

Já Taborda et al.[10] acredita que sejam o transtorno dissociativo de identidade, as psicoses, o suicídio, o TEPT (transtorno de estresse pós-traumático) e a síndrome pós-concussão, assim como as distonias agudas, as amnésias, os déficits cognitivos, as demências, as convulsões e o transtorno do sono. Destes, o “TEPT é a patologia mais facilmente simulada, pois o periciado pode ser orientado a relatar os sintomas corretos” (s/p)[10], já que se encontra na internet e possui muita subjetividade.

3.3 Exame psiquiátrico

O exame psiquiátrico, essencial em toda anamnese forense, consiste[21,22]:

a) Na avalição geral do indivíduo: quando se avaliam o aspecto, a postura/atitudes e o nível de consciência;
b) No exame clínico das funções mentais: quando se avaliam o estado cognitivo, o comportamento, a senso-percepção, o pensamento, a linguagem, a afetividade e o humor, o juízo crítico e a conduta;
c) Na avaliação de funções psicofisiológicas: quando se avaliam o sono, o apetite e a sexualidade.

3.4 Avaliação do Estado Mental

Os autores Alozai e McPherson[19] sugerem avaliar as seguintes características do estado mental de um impostor:

a) **Aparência e comportamento:** verificar se aparecem com os cabelos desgrenhados/ despenteados; com as roupas desarrumadas; com o comportamento hostil/irritado ou evitando o contato visual;
b) **Humor:** as respostas costumam ser baixas ou exaltadas e nunca normais (eutímicas), principalmente a dos acompanhantes.[4] Além disso, eles não conseguem imitar a falta de prazer (anedonia), muito comum na depressão grave, na neurastenia, em alguns tipos de esquizofrenias e no transtorno de personalidade esquizóide;
c) **Pensamentos:** costumam apresentar delírios exagerados, bizarros, crenças inabaláveis e confusão ao “interpretar” os distúrbios do pensamento;
d) **Percepção:** podem simular alucinações exageradas (exs.: visuais e/ou auditivas);
e) **Insight:** sabem quando estão, realmente, doentes e quase sempre reconhecem que sofrem da doença a qual falsificam;
f) **Cognição**: quando não são bem avaliados, possuem maior chance de mentir.

[4] Grifo da autora.

3.5 Achados psicopatológicos em simuladores

Alguns achados clínicos[22] que Sampaio e Castellana[23] recomendam atentar-se quando diante de um simulador:

a) Apresentação pouco consistente;
b) Sintomas incomuns (ex.: alucinações diferentes das de costume, isto é, com pouca ou exagerada informação);
c) Humor discordando do quadro geral;
d) Alta desorganização do pensamento em comparação com a vida.

3.6 Diagnóstico diferencial de simulação

Diagnóstico é quando se determina uma doença através de sinais e/ou sintomas com a ajuda da semiologia médica[24], enquanto o **diagnóstico diferencial** é um método sistemático também utilizado para identificar doenças, mas por meio da eliminação[25]. Dentre as doenças com sinais e sintomas semelhantes, determinar-se-ão aquelas que melhor se adequam ao caso clínico do paciente em questão, assim como as melhores avaliações e etapas a serem seguidas.[26]

Assim sendo, os **transtornos psiquiátricos** apresentam características clínicas que se assemelham em diferentes aspectos a outros transtornos, tornando o diagnóstico diferencial muitas vezes um desafio na prática clínica.[1,29]

Para isso, abordar-se-á, neste trabalho, as principais diferenças e semelhanças da *simulação* com alguns transtornos que surgem simultaneamente.

Torres[27] salienta que a simples ocorrência dos sintomas relacionados ao fingimento não implica no diagnóstico, por si só, de *simulação*, pois eles podem fazer parte também da apresentação clínica de um outro transtorno primário, como das depressões, esquizofrenias, demências, entre outros, assim como das manifestações normais em determinadas fases da vida (infância, adolescência, idades adulta e senil).

Para First[28], o diagnóstico diferencial de simulação inclui pseudo-simulação, doenças físicas, **transtorno factício** (quando não há nenhum motivo discernível) e **transtornos somatoformes**, como **transtorno conversivo-dissociativo** (quando o

motivo é inconsciente). Na pseudo-simulação, o paciente acredita, conscientemente, que está no controle dos sintomas, mas, na verdade, é o verdadeiro portador do transtorno. (ex.: um indivíduo psicótico que finge ser psicótico)

Conforme aconselham Alozai e McPherson[19], deve-se primeiro descartar as seguintes patologias ou transtornos:

a) **doenças físicas:** as causas orgânicas podem influenciar ou serem confundidas com o fingimento;

b) **transtorno conversivo**: verificar a existência de possíveis estressores e benefícios;

c) **transtorno factício**: diferenciar entre ganho primário e secundário/externo. Os seus principais exemplos são a Síndrome de Munchausen (quando o indivíduo, ao desejar ficar doente, provoca a própria doença) e a Síndrome de Munchausen por Procuração (quando a mãe, visando obter atenção da equipe médica para si, causa a própria doença do filho);

d) **hipocondria:** é o medo intenso de apresentar uma enfermidade grave. Podem apresentar um transtorno psiquiátrico concomitante, como depressão e transtorno do pânico[9];

e) **transtorno de sintomas somáticos (ou somatoformes):** quando os sintomas emocionais se transformam em sintomas físicos diz-se que o paciente está "somatizando", isto é, quando os conflitos psíquicos afetam estruturas orgânicas a ponto de impedir que um indivíduo tenha uma vida "normal", executando as suas funções de maneira plena;[10,11,29]

f) **psicose/esquizofrenia**: caracterizam-se, principalmente, por distúrbios do pensamento;

g) **transtorno depressivo/ transtorno bipolar (mania):** transtornos mentais muito comuns no consultório, podendo os seus portadores também simular;

h) **transtorno dissociativo:** costuma surgir após traumas. Apresenta intrusões espontâneas na consciência e no comportamento, e incapacidade de acessar e controlar funções mentais que são de fácil acesso ou controle;[28]

Sadock[17] e Sampaio & Castellana[23] sugerem alguns fatores que auxiliam na diferenciação entre **simulação** e **transtorno conversivo**:

a) na simulação, os indivíduos têm maior probabilidade de aparentar suspeita, não cooperarem, estarem distante e serem pouco afáveis. Já os portadores de transtorno conversivo costumam ser mais afáveis, cooperativos, simpáticos, confiáveis e demonstrarem apego;

b) simuladores tentam evitar avaliações diagnósticas e recusam o tratamento recomendado, enquanto os pacientes com transtorno conversivo tendem a acolher a avaliação e o tratamento em “busca de uma resposta”;

c) é provável que simuladores recusem oportunidades de emprego destinadas a contornar a sua deficiência. Pacientes com transtorno conversivo, provavelmente, as aceitarão;

d) na simulação, há maior probabilidade de fornecer descrições, extremamente, detalhadas e exatas de eventos que precipitaram a “doença”. Pacientes com transtorno conversivo têm mais chances de relatar lacunas na história, imprecisões e excentricidades.

Sampaio e Castellana[23] afirmam que os simuladores, quando tentam “imitar” os **psicóticos**, fazem-no com a postura defensiva, respostas dissociadas e absurdas, com alucinações visuais, táteis e olfativas, ideação suicida, delírios persecutórios e com problemas graves de memória.

Quando querem “imitar” os ansiosos e depressivos, a distinção entre ambos é mais difícil, pois tais quadros são comuns na **supersimulação** (quando há o exagero do quadro clínico) e na **metassimulação** (quando o quadro clínico persiste mesmo após cessado o transtorno verdadeiro).[13, 23]

O autor enfatiza para a necessidade também de distinguir a **simulação** dos **transtornos mentais factício** e **dissociativo**: o primeiro pode ou não estar presente em ambiente clínico, enquanto o segundo e o terceiro são, obrigatoriamente, transtornos que, facilmente, se encontram em tal local.

Enquanto o **transtorno factício** apresenta “produção consciente de sintomas com a motivação inconsciente de se manter na condição de doente” (s/p)[23], o **transtorno dissociativo** caracteriza pela produção de sintomas e motivação inconscientes.[9,23]

Tanto no **transtorno conversivo** quanto na **simulação**, os sinais objetivos não explicam a experiência subjetiva.[17, 23]

Portanto, os **transtornos de sintomas somáticos (ou somatoformes)** não envolvem vontade consciente.[17]

A TABELA 1 mostra os principais diagnósticos diferenciais de *simulação* e suas características mais relevantes.

TABELA 1 – DIFERENÇA ENTRE SIMULAÇÃO E OS TRANSTORNOS FACTÍCIO E CONVERSIVO-DISSOCIATIVO.

Quadro diagnóstico	Controle dos sintomas e da vontade	Motivação
Simulação	Voluntário/Consciente	Consciente
Transtorno factício	Voluntário/Consciente	Inconsciente
Transtorno conversivo-dissociativo (ou transtorno de sintomas somáticos)	Involuntário/Inconsciente	Inconsciente

FONTE: Adaptado de Meleiro (2018, p.624)[9] e Taborda et al. (2016, s/p)[10]

Somente os portadores de transtornos mentais necessitariam de tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. Os simuladores, não - ao menos que estes também apresentem doenças de base ou queiram se tornar alguém melhor e, a partir disso, procurem ajuda e as tratem.[5,8,9,23]

3.7 Inconsistências durante as avaliações

A Perícia Médica de Goiás[30], assim como as Diretrizes de Conduta Médico-Pericial em Transtornos Mentais do INSS[21,31] aconselham maior atenção às avaliações de **simuladores** e **portadores de transtorno factício**, pois podem surgir:

a) diagnósticos incompatíveis entre si. Ex.: CID F20 (esquizofrenia) e F32 (episódio depressivo);
b) contradição entre o diagnóstico e o tempo de recuperação. Ex.: CID F33.3 (transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave, com sintomas psicóticos) com estimativa de afastamento para o trabalho para 30 dias;
c) transtorno não condizente com a função laborativa. Ex.: F72 (retardo mental grave) e atividade referida de empregada doméstica;
d) a medicação permanece ineficaz, há contínua piora das queixas e o paciente não observa melhora visível, mesmo que medicada, corretamente, por um longo

tempo. Ex.: uso correto de antidepressivo, há mais de 6 meses, sem qualquer relato de melhora;

e) relação de dependência entre examinado e acompanhante. Ex.: diagnóstico de F32 que não responde às perguntas, mas à espera do acompanhante responder por elas;

f) quadro clínico existente pela ação medicamentosa (por uso autoprovocado e/ou iatrogenia) e possibilidade de desintoxicação em curto tempo. Exs.: impregnação por haloperidol ou uso excessivo de benzodiazepínicos, como clonazepam;

g) diversidade de diagnósticos em seus exames ou documentos. Ex.: CID F32, F41, F40, F20;

h) falta de conformidade entre a avaliação diagnóstica, o regime de tratamento e o acompanhamento;

i) somatizações.

3.8 Tipos de simulação

As mais utilizadas, a nível forense e legal, são as classificações de Taborda et al.[10] e Vanrell (2015)[32] em 4 variáveis (ou tipos) principais: super, meta, pré e dissimulação:

a) **supersimulação (ou parassimulação):** há o exagero dos sintomas já existentes ou a criação de novos pelo indivíduo. É o "simulador da gravidade ou da extensão do transtorno"[9]. Quando se observa o examinando alegando sintomas com exagero das perturbações ou tornando o quadro mais "caprichado";

b) **metassimulação (ou simulação residual):** o simulador faz questão de manter os sintomas da época em que se encontrava doente, pois aprendeu com a experiência a obter o que deseja;

c) **pré-simulação (ou simulação antecipada ou anterior)** caracteriza um indivíduo que, com antecedência, premedita ou planeja a simulação visando o crime que irá praticar no futuro e como não deseja sofrer com as consequências do crime, finge ser "doente mental" e, assim, não se responsabilizar pelas suas ações;

d) **dissimulação (ou simulação negativa e defensiva):** quando o examinando esconde, propositalmente, perturbações da qual é portador, visando enganar o médico

quando da realização de exames admissionais, periódicos ou demissionais. Em outras palavras, o cidadão finge não ter sintomas ou transtornos, que já se encontra são, pleno de suas funções mentais, pronto para receber alta do tratamento.

3.9 Outra Classificação

Outro tipo de classificação são as 3 subcategorias mencionadas nas obras de Resnick[33], Aquino[13], Vanrell[32] e Menezes[34]:

a) **simulação pura**: é a "criação" de uma doença ou incapacidade quando ela não existe. Ocorre quando o mentiroso finge ter uma doença que não existe. É mais frequente no âmbito criminal;
b) **simulação parcial**: ocorre quando o próprio paciente, conscientemente, exagera em seus sintomas;
c) **falsa imputação**: ocorre quando os sintomas atribuídos, intencionalmente, não se relacionam com a sua etiologia.

A **simulação parcial** e a **falsa imputação** são mais comuns em avaliações clínicas e causas civis.

3.10 Modelos etiológicos de simulação

Ao se suspeitar de *simulação*, deve-se pensar em avaliar a motivação pessoal do sujeito por meio das 3 principais hipóteses comportamentais[9,10,13]:

a) **modelo patogênico:** a simulação seria "induzida por doença mental subjacente" se não fosse a perda de seu "suporte" nas últimas décadas. (p.70)[9]
b) **modelo criminológico:** foca no caráter e no comportamento do sujeito que simula. Deve-se ter cuidado para não confundir esse modelo com o daqueles pacientes que, realmente, tem um transtorno verdadeiro e que apenas não dão continuidade ao tratamento ou colaboram com ele em função de sua doença (ex. esquizofrênicos)
c) **modelo adaptativo:** o indivíduo simularia de acordo com o "custo-benefício", isto é, avaliaria se, realmente, valeria a pena continuar fingindo em meio ao ambiente

em se encontra. Deve-se indagar sobre as chances de sucesso dos simuladores caso as suas táticas fossem usadas.

3.11 Desconfiança médica

O DSM-5[1,4,9,10] adverte que se deve suspeitar de simulação caso haja a combinação de quaisquer dos seguintes fatores:

a) apresenta-se em um contexto médico legal (ex.: um advogado encaminha o indivíduo ao médico para avaliação ou o próprio indivíduo busca atendimento enquanto litígio ou acusações encontram-se pendentes);
b) há discrepância entre o “estresse” ou a incapacidade do indivíduo, os achados e as observações objetivas;
c) há falta de cooperação durante a avaliação diagnóstica e/ou de obediência ao regime de tratamento prescrito;
d) presença de transtorno de personalidade antissocial (TPAS).

O TPAS é o transtorno de personalidade mais associado às mentiras e ao fingimento, podendo ser encontrado também nos transtornos das personalidades borderline, histriônico, narcisista e obsessivo-compulsivo.[20]

Os antissociais mentem, consciente, voluntário e instrumentalmente quando tem um objetivo.[25]

Taborda et al.[10] alerta para o fato de não se limitar à suspeita de simulação apenas aos portadores de TPAS. Deve-se pensar também nos outros indivíduos com transtornos mentais que poderiam estar exagerando nos sintomas e não, exatamente, simulando.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De todo material consultado, os que demonstraram ser mais completos, responderem aos objetivos do estudo e, consequentemente, serem mais citados no decorrer do texto, foram as obras dos seguintes autores: Rodrigues[1], Rodrigues et al.[5], Meleiro[9], Taborda et al.[10], Aquino[12], Sadock[17]; Ebert, Leckman e Petrakis[18]; Alozai

e McPherson[19]; Sampaio e Castellana[23], e Vanrell[32]; dos quais serão aqui submetidos a uma análise e terão seus pontos-chaves destacados.

Entretanto, poderão surgir também pontos de vistas de outros autores corroborando ou contradizendo os autores supracitados.

Antes de mais nada, faz-se aqui uma ressalva: apesar de os outros materiais não terem sido tão citados no decorrer do trabalho e nem mencionados logo acima, isso não significa que tenham menos valia para o estudo.

Assim sendo, o primeiro ponto-chave tem a ver com a intenção desse trabalho, o de não realizar um "compêndio médico", mas, sim, breves e sucintas descrições, ressaltando tópicos, e, assim, levar o leitor a uma noção do tema, incentivando-o a um futuro aprofundamento.[1]

O segundo ponto deveu-se à dificuldade em encontrar o tema Simulação de doenças e Transtornos Mentais em trabalhos acadêmicos e científicos e, quando assim era feito, surgia como "apêndice" em livros e artigos.

O terceiro ponto tem a ver com a necessidade de se distinguir entre *simulação inocente* e *simulação* – importante para se entender todo o contexto.

A primeira refere-se a não extrapolação da relação médico-paciente e em não causar prejuízos a terceiros. Já o segundo representa o objetivo da autora neste trabalho e refere-se ao *malingering* – verbete específico em inglês para simulação na área médica e que tem a finalidade de ganhos secundários por meio de fraude, isto é, na aceitação do seu uso e de suas consequências, não se restringindo a apenas aos pacientes de consultório.[1,5,13,19]

O quarto ponto encontra-se no fato de não haver percentual preciso do uso da *simulação* em tais trabalhos. É o que alega Rodrigues[1] ao mostrar uma variação de 5 a 80% neles e no fato desse percentual apresentar o envolvimento da *simulação* com as verbas públicas e/ou securitárias, destinadas ao tratamento ou benefícios por doença, pois em se tratando de bilhões de dólares, qualquer que fosse o percentual representaria muito em termos de verbas destinadas indevidamente. [5,28]

O quinto ponto concentra-se no fato dos médicos, infelizmente, durante as suas respectivas formações acadêmicas, não aprenderem sobre *simulação* e isso vir a ocorrer somente após a graduação e, quando, diante dos pacientes, perceberem ou desconfiarem que os mesmos se encontram enganando-os. Essa é a sensação inicial que muitos têm no início e no decorrer da carreira, até que resolvem procurar orientação pessoal com colegas mais experientes e/ou na literatura especializada,

pois até lá, seguem com os seus princípios éticos, desconfiando de tudo e de todos, colocando em prática suas intuições; acertando e errando; beneficiando quem, realmente, merece, e quem, infelizmente, não poderia: os simuladores. Nesse meio tempo, “rezando” para não serem processados.[14,18]

Bass e Wade[35] afirmam que as simulações são, muitas vezes, negligenciadas pelos médicos, pois aprendem, ainda na graduação, a confiar nos pacientes e no que eles lhe dizem e, consequentemente, acabam caindo em suas “armadilhas mentirosas”. Portanto, há uma falha de ensino acadêmico e que deveria ser corrigida a tempo.

Dessa forma, o maior medo não vem de um paciente processar o médico, mas das autoridades máximas (lê-se CRM, CFM, etc.) notificá-lo, chamando-lhe a atenção a partir de denúncias sobre ele, simplesmente porque não teve a oportunidade de aprender antes de se formar e, depois de fazê-lo, teve que “aprender” da pior forma possível: com os próprios pacientes “ensinando-o” na prática.

O recomendável é, ao dar um parecer ao paciente, não colocar o “diagnóstico de simulação, mas apenas os elementos que contrastam ou apoiam um determinado pedido solicitado em juizo” (p. 133)[1]

O sexto ponto refere-se às especialidades Psicologia e Psiquiatria Forenses, e Medicina Legal, que focaram na subjetividade propiciada pela *simulação*, e ao fato de o termo *simulação* ter surgido, além das especialidades acima, nas especialidades Ortopedia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia também.[1,6,10,32]

O sétimo ponto enfatiza a importância de uma anamnese e de exames físico e complementar bem feitos, mas, para isso, há a necessidade de tempo e paciência suficientes. Eis que surge a falta deles por boa parte dos médicos ao realizá-los, assim como na pressão de seus respectivos chefes e setores por quererem que eles atendam muitos pacientes. Portanto, priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o trabalho ficaria incompleto e mal realizado (o famoso atendimento em “5 minutos”).[19]

Nesse processo, há de haver uma maior escuta da fala desse paciente, ora deixando-o livre para verbalizar sem pressa, ora realizando perguntas diretas e rápidas, como afirmam alguns autores e a psicologia.[5,16]

O oitavo ponto consiste no fato dos médicos não serem treinados para aplicar os principais testes psicológicos nos pacientes.

Não basta apenas uma propedêutica bem feita. Há que se utilizar de outras ferramentas ou artifícios para se detectar um impostor. Eis que surgem os testes que a maioria dos médicos nunca ouviram falar.

O nono ponto refere-se ao comportamento comum dos simuladores: o de ficarem frequentando um consultório após o outro e só pararem a hora em que obtêm o que tanto anseiam. Até lá, incentivam outros tantos a fazerem o mesmo, e estes, por si só, continuam com esse mesmo ciclo vicioso.

Quando, afinal, isto terá um fim?

Há que se colocar um ponto final nisso!

Recorre-se, então, ao Código de Ética Médica (CEM) não só para se defender, mas para esclarecer inquietações do tipo: como o médico deveria se comportar diante de casos de simulação? Poderia, por exemplo, quebrar o seu sigilo médico? Segundo o CEM[39], ao se suspeitar de um crime, o médico encontrar-se-á “impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal” (p. 35) – o que reforça ainda mais o décimo ponto chave, que consiste na importância de conscientizá-lo acerca do tema, além de adverti-lo quanto aos riscos e consequências do seu desconhecimento.

O décimo primeiro ponto encontra-se na escassez de artigos brasileiros cujo tema fosse totalmente de autoria brasileira, pois a maioria deles se baseava em fontes estrangeiras, contrapondo, assim, ao título do trabalho, em que, ao dizer ser “brasileiro”, dá a entender que deveria conter apenas conteúdo nacional. Contudo, devido à essa impossibilidade, boa parte das fontes apresentam influência inglesa e espanhola – o que é perceptível nas referências teóricas dos materiais de origem.

O décimo segundo ponto refere-se à imensa maioria dos artigos que poderiam ter sido incluídos na pesquisa, mas não o foram por não serem *full free text*, impossibilitando, assim, o seu acesso, leitura e análise.

O décimo terceiro ponto tem a ver com o termo *simulação*. Quando utilizado, costuma ofender os pacientes, que tendem a perguntar ao profissional, durante as consultas, o que cada CID-10 significa. Nessa hora, se o médico colocar o CID-10 Z76.5 de *simulação* nos atestados, por exemplo, como deverá agir depois? Deverá mantê-lo, mesmo correndo o risco de ser processado no futuro? Ou optará por mudar a sua escolha, sob pressão do paciente ao fazê-lo diversas perguntas e comentários, até se cansar, incorrendo de ultrapassar o tempo da consulta e de atrasar todas as demais?[36,38]

De qualquer forma e de antemão, precisará ter argumentos suficientes que sustentem a sua “hipótese diagnóstica” – já que a simulação, segundo a teoria, não é um diagnóstico e nem um sintoma, mas, sim, um comportamento adaptativo.[1]

5 CONCLUSÕES

Simulação é um distúrbio muito difícil de se detectar e tratar. Para isso, faz-se necessário a presença de uma equipe multidisciplinar de saúde mental, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, entre outros, pois esses tipos de pacientes, quando confrontados, podem ameaçar ações judiciais se suas demandas não forem atendidas. Muitos deles acabam recebendo um prognóstico reservado, pois se envolvem em problemas legais como resultado de sua patologia psiquiátrica[19,38]

Por causa de suas consequências econômicas e jurídicas, o conhecimento da definição, características, classificação e diagnóstico diferencial da *simulação* deve receber especial atenção do profissional da área da saúde (seja este generalista, psiquiatria, médico do trabalho ou de qualquer outra especialidade)[1].

Portanto, foi possível comprovar na prática o que a teoria já afirmava: que a cada ano, aumenta-se cada vez mais o número de indivíduos que se utiliza da *simulação* em benefício próprio, principalmente nos âmbitos judiciário e previdenciário, e que não se importa com o prejuízo financeiro do sistema em detrimento dos demais envolvidos nesse processo.[37]

Sugere-se, então, ao contribuir para os conhecimentos humano e científico, que o tema conste na grade curricular acadêmica de todas as áreas da saúde, em especial da Medicina, e que se encontre soluções que diminuam essa crescente e atual piora no quadro estatístico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RODRIGUES, L. G. G. **A simulação em perícias médicas**. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito Penal). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

2. DIAS, E. C. et al. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

3. BÍBLIA. Português. **A bíblia sagrada**. Traduzida por: João Ferreira de Almeida. Edição Revista e Corrigida. Barueri – SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

4. FERNANDES, J.H.M. **Simulação**. Apresentação Curso de Semiologia Psiquiátrica. 2º Congresso Brasileiro de Perícia Médica. Previdenciária ANMP, abril, 2009.

5. RODRIGUES, D. B. et al. **Simulação de sintomas e transtornos mentais: uma revisão crítica do fenômeno para a psicologia**. Estud. psicol. (Natal), v. 21, n. 2, p. 134-145, june 2016

6. DURÃO, C. H.; LUCAS, F. **Simulação, dissimulação e exagero: desafios da perícia médica em ortopedia e traumatologia.** Revista Brasileira de Criminalística, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 26-32, mar. 2015. ISSN 2237-9223. Disponível em: http://rbc.org.br/ojs/index.php/rbc/article/view/86. Acesso em: 26 jul. 2020. doi:http://dx.doi.org/10.15260/rbc.v4i1.86.

7. BARROS e SILVA, V. **Mentir que está com Covid-19 é ilícito penal?** Migalhas de Peso. Curitiba, 2020. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/depeso/323669/mentir-que-esta-com-covid-19-e-ilicito-penal

8. MACEDO, A. **A simulação na perícia médica previdenciária – um problema para o expert**. JusBrasil, 2017
Disponível em https://alanprofessordireito.jusbrasil.com.br/artigos/419323267/a-simulacao-na-pericia-medica-previdenciaria-um-problema-para-o-expert?ref=serp

9. MELEIRO, A. M. A. S. **Psiquiatria: estudos fundamentais** - 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

10. TABORDA, J.G.V. et al. **Psiquiatria forense de Taborda** [recurso eletrônico] – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, s/p, 2016.

11. SIMULAÇÃO. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda – 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, p. 2575, 2001.

12. MICHAELIS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, v. 13, 2017. Disponível em: http://michaelis. uol. com. br. Acesso em 13/04/2020.

13. AQUINO, M. T. Simulação. In: **Psiquiatria forense e clínica psiquiátrica**. Associação Acadêmica Psiquiátrica de Minas Gerais. Belo Horizonte: Folium, p. 66-74, 2014.

14. PAULINO, N. **A simulação em perícia médica**. s/d.

15. MARTINS, L.H.B. **Simulação e dissimulação na perícia psicológica forense - instrumentos e aspectos conceituais.** Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em Psicologia - Ênfase em Avaliação Psicológica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia Porto Alegre, março, 2016.

16. BÁRBARO, A.M.; et al **Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), v. 5, n. 2, Ribeirão Preto ago. 2009. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 25 jul. 2020.

17. SADOCK, B. J. Outras Condições que podem ser foco de atenção clínica. In: **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** Edição do Kindle – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, p. 812-823, 2017.

18. EBERT, M. H; LECKMAN, J.F.; PETRAKIS, I.L. **Psychiatry - Diagnosis and Treatment**. Current-Lange. - 3. ed – New York: Mc Graw Hill Education, p. 798-802, 2019.

19. ALOZAI, U.U.; MCPHERSON, P.K. **Malingering**. StatPearls Publishing: jan 2020 [Pubmed]

20. MORANA, H.C.P., Stone, M.H., & Abdalla-Filho, E. **Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.28, p. 74-79, 2006.

21. DIRETRIZES DE CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM TRANSTORNOS MENTAIS. Ministério da Previdência Social. **Instituto Nacional do Seguro Social**. Brasília, junho, p. 8; 13-14, 2007.

22. URZOLA, H. L.; ESCOBAR-CÓRDOBA, F.; FOLINO, J. O. **La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador**. Revista Colombiana de Psiquiatría, Bogotá, v. 34, n. 1, p. 60-72, 2005.

23. SAMPAIO, L.A.N.P.C.; CASTELLANA, G.B. **Detecção de mentira e psicofisiologia forense**. In: BARROS, D.M.; CASTELLANA, G.B. Psiquiatria Forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas – 1. edição - Rio de Janeiro: Elsevier, s/p, 2015

24. PINHO, H. **Glossário de termos médicos para propagandistas**. E-book. 1.ed., p.882, 1998.

25. PASINI, L.; MULLER, T.R. **Como laudar um exame radiográfico – guia completo**. s/d. Disponível em: www.uniradio.vet.br

26. MANSUR, A.J. **Diagnóstico**. Diagn. Tratamento. São Paulo. 15 (2): p.74-6, 2010. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a74-76.pdf

27. TORRES, A.R. **Diagnóstigo diferencial de transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Bras.Psiquiatr., São Paulo, v. 23, supl.2, p.21-23, out. 2001 http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000600007

28. FIRST, M.B. **Manual de diagnóstico diferencial do DSM-5** Edição do Kindle [recurso eletrônico] Porto Alegre: Artmed, 2019.

29. DALGARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 3. Edição – Porto Alegre: Artmed. 2019.

30. **PERÍCIA MÉDICA**/Coordenação Salomão Rodrigues Filho et al – Brasília: Conselho Federal de Medicina: Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, p.429-430, 2007.

31. DIRETRIZES DE APOIO À DECISÃO MÉDICO-PERICIAL EM PSIQUIATRIA/ Coordenação Alexandre Coimbra. Ministério da Previdência Social**: Instituto Nacional do Seguro Social.** Brasília: 2010, p.22-23

32. VANRELL, J. P.; A simulação: um problema para o perito avaliador. In: VANRELL, J.P.; BORBOREMA; M.L. **Perícias médicas Judiciais**. - 2. Ed. Leme: J. H. Mizuno. p. 50-61, 2015.

33. RESNICK, P.; KNOLL, J. **Faking it: how to detect malingered pychosis.** *Current Psychiatry*. 4 (11): p. 12-25, 2005. Disponível em: https://www.mdedge.com/psychiatry/article/61060/schizophrenia-other-psychotic-disorders/faking-it-how-detect-malingered . Acesso em 19 de jul.2020.

34. MENEZES, J.S.R. **Simulação em Perícias Médicas Judiciais.** 2005. Recuperado de http://periciamedicadf.com.br/simulacao_em_pericias_judiciais.pdf

35. Bass C, Wade DT. **Malingering and factitious disorder**. Pract Neurol. Apr;19 (2): p. 96-105, 2019. [PubMed]

36. BALLONE, G.J. Sobre a Mentira. In. **PsiqWeb**. Disponível em: www.psiqweb.med.br, 2010. Recuperado de http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=246. Acesso em: 13 mar. 2020.

37. SILGO, M.G. **A simulação de transtorno mental nas forças armadas é um diagnóstico estereotipado?** Curar. Mil. Madri, v. 75, n. 3, p. 143-155, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712019000300143&lng=es&nrm=iso. Acesso em 25 de jul.2020. E-pub 20-Jan-2020. http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712019000300004

38. NUNO, G.; BARRETO, H. CALDEIRA, S. **Simulação, dissimulação e doença factícia.** Universidade de Coimbra, 2017

39. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / **Conselho Federal de Medicina** – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

OBRAS CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5**. Porto Alegre: Artmed. 2013

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6022/2003:** artigo em publicação periódica científica impressa - apresentação – elaboração. Rio de Janeiro, 2018.

CAVALCANTE, A.M. **Simulação, a mentira da dor**. Psychiatry on line Brasil. Vol. 5. 2000, nov. Disponível em: www.polbr.med.br/ano00/mour1100.php

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio eletrônico** Século XXI. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Lexican, 1999.

MANSUR, C.G. **Psiquiatria para o médico generalista**. Porto Alegre: Artmed, 2013

Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10** - descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

PALOMBA, G.A. **Perícia na psiquiatria forense**. São Paulo: Saraiva, 2016.